

Série 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

N° 1037.

DE
L'ATROPHIE DES GOITRES

PAR LA MISE A L'AIR

ET

Parallèle entre les opérations extra-thyroïdiennes

ET

les interventions intra-thyroïdiennes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 9 mars 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lazare GOUJON,

ANCIEN INTERNE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE LYON

Né au Creusot, le 23 juillet 1869.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

Mars 1895

Série 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

N° 1037.

DE
L'ATROPHIE DES GOITRES

PAR LA MISE A L'AIR

ET

Parallèle entre les opérations extra-thyroïdiennes

ET

les interventions intra-thyroïdiennes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 9 mars 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lazare GOUJON,

ANCIEN INTERNE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE LYON

Né au Creusot, le 23 juillet 1869.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

Mars 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale		POLLOSSON (Maurice),
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL, ^{agrégé.}
Accouchements	POLLOSSON (Aug.), id.
Botanique.	BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	POLLOSSON (Aug.).	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (Er.).	

BARRAL, MOREAU, chargés des fonctions d'agrégés.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; AUGAGNEUR, *Assesseur*; JABOULAY et CONDAMIN, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545906_0084

INTRODUCTION

L'antisepsie avait à peine transformé le pronostic des opérations chirurgicales, qu'une tendance irrésistible entraîna les chirurgiens à porter le bistouri sur les organes atteints d'affections que le traitement médical n'avait pu faire régresser.

Ainsi fut-il pour les goîtres.

Et de tous côtés les Billroth, les Bardeleben, les Crédé, les Fiorani, publièrent les résultats immédiats de leurs thyroïdectomies totales.

Mais la communication de J.-L. Reverdin (septembre 1882), sur les phénomènes de cachexie strumiprive, vint brusquement refroidir le zèle de ceux qui avaient extirpé à outrance. Et, après les travaux analogues de Kocher, de Juillard, de Bruns, de Baumgartner et d'un grand nombre d'autres opérateurs, l'ablation complète du corps thyroïde fut — à juste titre — abandonnée.

Quant aux opérations modificatives de toutes sortes : séton, cautérisation, broiement sous-cutané, injection interstitielle, électro-puncture, etc., elles

ont, pour la plupart, donné des résultats si peu favorables, qu'elles ont été peu à peu abandonnées par leurs promoteurs eux-mêmes.

Restaient, d'une part, la thyroïdectomie partielle, qu'on avait laissée tout d'abord de côté par crainte de récédive, et qu'on fut bien obligé de remettre en question quand le myxœdème opératoire eut démontré que la thyroïdectomie totale était physiologiquement interdite; d'autre part, l'énucleation intra-glandulaire préconisée par Socin et ses élèves et dont la pratique a justifié l'emploi chez les goîtres kystiques.

Ces interventions furent notamment étudiées en France dans deux mémoires inspirés par M. le professeur Poncet, les thèses de Fontaine de Prelles et d'Augier.

En 1892, M. Jaboulay inaugurait une méthode absolument neuve, dont il donna les premiers résultats dans la thèse de Gérard (1893) : c'était l'exothyropexie, c'est-à-dire la luxation et l'exposition du goître au dehors, opération rationnelle en ce sens qu'elle n'agit pas à l'aveuglette, comme les interventions précédentes, sur le mélange des tissus sains et des tissus malades, et qu'elle laisse à des causes physiologiques le soin d'agir sur les portions hypertrophiées du corps thyroïde.

M. le professeur Poncet, qui partage avec M. Jaboulay l'honneur d'avoir éprouvé et justifié la valeur de cette nouvelle méthode thérapeutique, allait déjà plus loin. Il disait, dans une clinique faite récemment à l'Hôtel-Dieu, sur le traitement chirurgical du goître : « Il est possible que dans certains cas, dans les

tuméfactions jeunes par exemple, la simple incision des parties molles sur la ligne médiane, sans même toucher à la tumeur, entraîne l'atrophie à la manière des incisions sous-ombilicales, dans certaines affections abdominales. »

Cette remarque se trouvait en accord complet avec les idées de M. Jaboulay qui, déjà au cours de son exposé du manuel opératoire de l'exothyropexie, signalait incidemment la possibilité de faire régresser certains goîtres charnus, en les soumettant au contact de l'air, après décortication de la capsule thyroïdienne, sans qu'on ait pratiqué la luxation de la tumeur au dehors. Il montrait en même temps que des goîtres ont diminué de volume après l'attraction à l'extérieur d'un seul lobe, celui qui paraissait amener des accidents de compression ou d'autre nature.

Le même chirurgien ne tardait pas à mettre — de parti pris — en pratique une nouvelle méthode fondée sur ces observations, surtout cliniques, d'atrophie générale des goîtres après intervention minime portant sur le corps thyroïde ou sur sa capsule : nous voulons parler de la simple mise à l'air du goître par une incision longitudinale ou par une incision cruciale avec ou sans décortication de la capsule.

Ainsi, par des modifications successives, le traitement chirurgical des goîtres devient de plus en plus simple et l'intervention se fait plus commune, parce qu'elle est rendue moins dangereuse : après les opérations modificatrices, après les thyroïdectomies totales et leurs déplorables résultats, la thyroïdectomie partielle et l'énucléation intra-glandulaire apparaissent

d'abord comme un progrès. Puis les opérations extra-thyroïdiennes, l'exothyropexie souvent, la mise à l'air dans certains cas, font faire un pas de plus à la thérapeutique du goître, dont elles déterminent l'atrophie par des moyens rationnels.

Dans ce modeste travail, nous essayerons de montrer que la mise à l'air suffit, dans certaines conditions, à faire rétrocéder les tumeurs goitreuses, et que, par ses résultats singulièrement encourageants, elle paraît de nature à simplifier parfois, d'excellente façon, le traitement chirurgical du goître.

En premier lieu, nous essayerons de faire une étude parallèle des opérations intra-thyroïdiennes, et des interventions extra-thyroïdiennes.

Dans un deuxième chapitre, nous joindrons aux observations que nous avons recueillies les indications de la mise à l'air, dont nous chercherons à montrer les rapports avec l'exothyropexie.

Nous ferons dans notre troisième chapitre une tentative de physiologie pathologique.

La quatrième partie de ce mémoire contiendra le manuel opératoire et les avantages de la mise à l'air.

Enfin, nous terminerons par des conclusions déduites des faits cliniques aussi rigoureusement que possible.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous ne saurions trop remercier M. le professeur Poncet pour la bienveillance qu'il nous a montrée pendant que nous avons été interne provisoire dans son service, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le Professeur agrégé Jaboulay, chirurgien des hôpitaux, à qui nous devons nos observations, qui nous a éclairé de ses conseils et dirigé dans nos recherches, veuille bien accepter l'expression de notre profonde gratitude.

Nous ne saurions témoigner trop vivement notre reconnaissance à M. le Professeur Maurice Pollosson, ainsi qu'à M. le Professeur agrégé Auguste Pollosson, chirurgiens des Hôpitaux, pour la bonté qu'ils nous ont toujours montrée pendant nos suppléances d'internat.

DE L'ATROPHIE DES GOITRES

PAR

LA MISE A L'AIR

CHAPITRE PREMIER

**Parallèle de l'exothyropexie et de la mise à l'air
avec les interventions intra-thyroïdiennes.**

Le corps thyroïde hypertrophié jouit de la propriété spéciale de diminuer de volume après des manœuvres qui portent sur son tissu ou sur son entourage, et c'est cette propriété que M. Jaboulay a utilisée dans les goîtres parenchymateux pour les faire rétrocéder en les exposant à l'air ou en les luxant au dehors.

Pour ce qui concerne l'exothyropexie, dans une communication de MM. Poncet et Jaboulay faite à la Société de chirurgie, le 28 mai 1894, M. Poncet déclarait que « l'exothyropexie doit être réservée

aux goîtres charnus, formes qui n'étaient justifiables jusqu'à présent que de la thyroïdectomie, opération fort aléatoire dans ses résultats. Le plus souvent, ce doit être une opération d'urgence, pratiquée pour parer à des accidents, et elle peut dans certains cas être le premier temps d'une intervention dont le dernier temps consisterait à enlever le goître dans le cas où ce dernier n'aurait pas complètement rétro-cédé. »

M. le professeur Poncet est partisan de l'exothyropexie, à laquelle il a donné le nom d'opération de Jaboulay, dans différentes circonstances. Il donne la préférence à cette opération sur la thyroïdectomie partielle dans les goîtres charnus parenchymateux, lorsque les manœuvres nécessitées par la thyroïdectomie dans des goîtres très vasculaires peuvent constituer un danger; il en est de même dans certains goîtres polykystiques dans lesquels l'énucléation intra-glandulaire peut être également dangereuse, surtout lorsque ces goîtres ont été soumis antérieurement à d'autres méthodes de traitement, tels que incision des kystes, drainage, etc. A ce propos, M. Poncet nous a relaté l'observation d'une malade chez laquelle, au mois de décembre dernier, il a dû s'en tenir à la simple mise à l'air d'une partie du goître avec exothyropexie partielle de certaines parties plongeantes de la tumeur, qui provoquaient des troubles fonctionnels graves.

La malade, qui était porteur d'un goître polykystique, avait été précédemment opérée, quinze ans auparavant, par M. Daniel Mollière, qui avait eu

recours au drainage. Quelques kystes avaient suppuré pendant très longtemps, d'où des adhérences du parenchyme thyroïdien avec les tissus avoisinants et aussi une vascularité anormale. M. Poncet qui, dans son opération, se proposait de recourir à la strumectomie, dut abandonner ce plan opératoire et s'en tenir à la mise à l'air et à l'exothyropexie des parties plongeantes. Les suites de cette opération furent simples, et au bout de six à huit semaines, la plaie, qui avait été pansée à plat avec de la gaze iodoformée, était complètement cicatrisée.

Dans le cas de goître exophtalmique, lorsqu'il n'existe pas de signe de goître plongeant, M. Poncet conseille également la simple mise à l'air avec dégagement momentané des lobes thyroïdiens. C'est à cette opération qu'il a eu maintes fois recours, entre autres chez les deux malades qu'il opéra, au mois de février 1894, à la Salpêtrière, dans le service de M. Brissaut.

En résumé, il croit l'exothyropexie absolument nécessaire dans les goîtres plongeants pour libérer la trachée, et alors qu'il paraît urgent de mobiliser, de déplacer, de luxer au dehors les masses provoquant des accidents de compression. Lorsqu'il ne s'agit pas de goître plongeant, la simple mise à l'air des tissus hypertrophiés, manœuvre qui en amène l'atrophie, est suffisante pour obtenir le résultat cherché. Dans tous les cas, comme M. Poncet l'a récemment indiqué dans une discussion à la Société des Sciences Médicales, à propos d'un malade qui a été exothyropexisé dans le service de M. Pollosson, l'exothyro-

pexie est contre-indiquée lorsque, précisément par suite du déplacement du goître, qui s'accompagne alors de tractions, de tiraillements, de déformation de la trachée, les troubles respiratoires, les accidents de suffocation continuent ou s'accroissent. Les opérés dans de telles conditions peuvent alors être emportés dans les premières heures ou dans les premiers jours qui suivent l'exothyropexie par les accidents opératoires que cette opération était destinée à combattre.

Nous aurons plus tard à montrer quelles différences existent entre la luxation de la tumeur au dehors et la simple mise à l'air. Mais il reste acquis que, pour amener l'atrophie dans une importante catégorie de goîtres il n'est même pas nécessaire de les entamer. M. Jaboulay a donc réalisé le retrait du goître sans même faire saigner le corps thyroïde, et cela de parti pris, d'une façon intentionnnelle et de propos délibéré.

Quelles sont donc les différences essentielles qui séparent cette méthode thérapeutique des opérations qui énucléent les goîtres ou les excisent?

Pour les étudier avec fruit, il est nécessaire de passer en revue successivement les différentes formes de goître.

Or Rivière, dans sa thèse inaugurale (*Contribution à l'étude du corps thyroïde et des goîtres*, 1893) distingue, d'après des classifications antérieures, cinq variétés dans l'hypertrophie du corps thyroïde; ce sont les goîtres :

1° Parenchymateux (hypertrophie simple, adénome fœtal ou folliculaire), tumeur molle dont la consis-

tance est à peu près semblable à celle du corps thyroïde normal.

2° Fibreux (adénome myxomateux et goître sénile) qui présente par place des tissus durs et rétractés, criant sous le scalpel. Ces tissus sont formés par le tissu conjonctif fibreux ou sclérosé et sont entourés des tissus mous d'un goître parenchymateux; les indurations peuvent être diffuses ou former des noyaux circonscrits entourés d'une coque dont ils sont facilement énucléables.

3° Vasculaire, dû à une vascularisation plus intense de la glande, la plupart des goîtres peuvent le devenir, et l'exagération des formes artérielle ou veineuse peut donner lieu aux goîtres anévrysmatique et variqueux; ce sont les adénomes qui sont le plus facilement atteints par cette complication.

4° Cireux ou amyloïde, dont la réaction se fait de la façon classique.

5° Colloïde, adénomes adultes gélatineux et colloïdes, quelquefois adénomes fœtaux, avec la variété des goîtres kystiques: ce sont les plus nombreux.

En somme, ces variétés se réduisent pour le même auteur et d'après les grandes lignes de la classification de Wœlfli à trois formes:

A) *Hypertrophie simple du corps thyroïde.* Il y a augmentation de volume et multiplication des amas de cellules des vésicules glandulaires et du tissu interacineux dans le sens de la croissance normale: c'est une forme très rare.

B) *Adénome* ou tumeur bénigne à départ embryon-

naire et portant sur ces masses de cellules épithéliales situées dans les espaces interacineux de la glande thyroïde normale, les adénomes peuvent se développer ultérieurement suivant le type fœtal ou adulte : ce sont les véritables goîtres.

C) Goître sénile.

D'autre part, M. Poncet divise les goîtres au point de vue opératoire en :

I. — Goîtres à noyaux énucléables, que le contenu des kystes soit solide ou liquide ; ils forment les quatre cinquièmes des goîtres.

II. — Goîtres à noyaux non énucléables.

III. — Kystes un peu volumineux, que l'on peut décortiquer.

Il résulte de ces notions anatomo-pathologiques que les goîtres peuvent être en général ramenés à deux grandes formes principales, et que le parallèle des opérations qui énucléent les goîtres ou les excisent avec la méthode de Jaboulay, peut être fait d'une part dans les goîtres diffus, et d'autre part dans les goîtres à noyaux.

I. — Dans les goîtres diffus.

Le traitement d'une maladie doit autant que possible être basé sur son anatomie et sa physiologie.

Or, le goître n'est pas une tumeur maligne et le tissu du corps thyroïde est utile et remplit certaines fonctions.

La première de ces données n'autorise donc pas une extirpation faite aussi rapidement que cela est indiqué dans les cas de cancer par exemple.

La seconde exige que l'on ne sacrifie, si le sacrifice est nécessaire, que le minimum d'un organe aussi important.

Or, la thyroïdectomie partielle peut enlever des portions thyroïdiennes saines, et d'autres qui pourraient parfaitement se transformer et rétrocéder. Elle est incapable de faire le triage de ce qui est sain, utile, et de ce qui doit être définitivement sacrifié.

De plus, bien souvent l'énorme vascularité de certains goîtres en rend l'exécution difficile et très dangereuse. Et l'on a observé à sa suite des cas de cachexie strumiprive qui, bien que moins fréquents que dans la thyroïdectomie totale, ne laissent pas que de faire réfléchir.

Sans doute, elle a des succès, et très nombreux à son actif, mais elle n'est pas aussi rationnelle que l'opération de Jaboulay.

Celle-ci met en jeu une propriété tout à fait spéciale au corps thyroïde, celle de s'atrophier. L'atrophie, la résorption s'opère aux dépens des portions goitreuses, du moins de beaucoup d'entre elles, car quelques-unes résistent, mais celles-là se transforment et mûrissent, elles vont vers le kyste.

C'est donc seulement après l'exothyropexie que la thyroïdectomie pourra venir enlever les masses réfractaires à la rétrocession : les portions restantes peuvent être très volumineuses, elles peuvent aussi se résumer en un ou deux noyaux, enfin elles peuvent être

nulles, cela dépend de la variété constitutionnelle de la tumeur goitreuse, cela dépend aussi de l'âge du goître et de l'âge des goitreux; la complexité des cas devient grande par la combinaison et le mélange de ces trois éléments.

En tout cas, une énucléation secondaire ou une thyroïdectomie secondaire à l'opération de Jaboulay est moins grave que lorsqu'elle est d'emblée faite sur une masse goitreuse fraîche et vascularisée.

En supposant la possibilité après ces opérations secondaires des mêmes accidents qui peuvent se rencontrer dans les opérations primitives, les hémorrhagies d'une part et les infections de l'autre, le danger est nul parce que, grâce à l'exothyropexie, tout se passe au dehors loin des loges du cou, le sang coule et cause une hémorrhagie externe dont on ne meurt pas, mais ne s'infiltré pas dans les interstices des tissus et des organes; et, pour les produits de l'infection, ils sont sans danger, car le drainage, par l'exposition du corps thyroïde à l'extérieur, est réalisé à son maximum. Les mêmes conditions subsistent, ou à peu près, s'il y a eu simple mise à l'air du goître, en raison des adhérences consécutives qui viennent isoler les bords de la tumeur des parties profondes.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'exothyropexie et, dans certains cas, la mise à l'air, peuvent se passer d'opérations complémentaires, qu'un gros goître peut, grâce à elles, se résorber sans laisser de trace ni de saillie extérieure.

Faut-il s'inquiéter des dangers de suppuration sur

lesquels Alibert(1), dans une thèse inspirée par M. Dubourg, de Bordeaux, s'étend longuement pour rejeter dans l'immense majorité des cas l'opération de Jaboulay, bien qu'il avoue n'avoir jamais vu d'exothyropexie ? Les dangers sont absolument nuls dans la simple mise à l'air, et dans l'exothyropexie, ils sont évités le plus facilement du monde par des pansements méthodiques.

L'opération de Jaboulay ne peut encourir qu'un seul reproche : celui d'être une méthode thérapeutique lente. Les perturbations apportées par elle dans le régime vasculaire nutritif par la stase et la thrombose veineuse suivie de stase artérielle et dans le régime vasculaire fonctionnel par le renversement de la pression des lymphatiques et l'écoulement à l'extérieur de leur contenu, qui emporte en même temps la sécrétion des vésicules thyroïdiennes, comme aussi peut-être les troubles trophiques reflexes, mettent un certain temps, cinq semaines au moins, dans leur œuvre ; mais ils ne font courir aucun risque au malade, si l'on a soin de ne pas blesser les veines thyroïdiennes, de ne pas trop s'approcher des cornes et du bord inférieur. Et d'ailleurs, il ne serait pas impossible qu'en certains cas cette lenteur même fût peut-être un bienfait, en n'imposant pas à l'organisme des perturbations graves par une modification trop brusque des échanges nutritifs.

Est-il besoin d'ajouter que le myxœdème n'est pas

(1) ALIBERT. Thèse de Bordeaux, 1894. *Du meilleur traitement chirurgical à appliquer aux goîtres parenchymateux colloïdes et kystiques.*

à craindre comme le suppose sans raison aucune Alibert, lorsqu'il se demande si « l'opération n'aurait pas trop bien réussi lorsque l'atrophie est poussée jusqu'au bout ! » Comment un corps thyroïde normal pourrait-il disparaître totalement, alors que le bistouri ne l'a pas même entamé ? D'ailleurs, les faits cliniques — auxquels il faut toujours se reporter en dernière analyse, prouvent qu'après l'opération de Jaboulay, des individus candidats au myxœdème s'améliorent et quelquefois se transforment.

II. — *Dans les goîtres à noyaux.*

Ici, l'opération de Jaboulay est mise en parallèle avec l'énucléation intra-glandulaire de Socin.

Elle doit en être le premier temps dès que la surface goitreuse est quelque peu vascularisée ; deux ou trois jours après, l'énucléation se fait facilement et sans anesthésie ; il n'y a d'ailleurs aucune douleur, le corps thyroïde étant insensible, et la poche contenant le noyau est transformée puis suturée. Dans ce cas, l'opération de Jaboulay ramènera au volume normal le corps thyroïde porteur de noyaux énucléables ; car, à côté de ces hypertrophies nucléaires, il est de règle de rencontrer une véritable hypertrophie diffuse, satellite. De la sorte, et avec un peu plus de temps, mais aussi une grande sécurité au point de vue de l'hémorrhagie, qui deviendrait extérieure si elle se produisait ou de l'infection qui déverserait facilement ses produits, hypertrophie à noyaux et hypertrophie diffuse de voisinage arrivent facilement à la guérison.

CHAPITRE II

Indications de la mise à l'air et ses rapports avec l'exothyropexie.

Comme nous l'avons dit, il est possible parfois d'obtenir l'atrophie et la guérison des goîtres à l'aide d'un moyen plus simple encore que l'exothyropexie, qui n'est que le premier temps de cette opération et qui consiste à inciser simplement les parties molles qui recouvrent le corps thyroïde hypertrophié.

Déjà un fait fort intéressant, relaté dans la thèse d'Augier, avait été observé par Julius Wolff et d'autres opérateurs : dans les premiers jours qui suivent l'opération de la thyroïdectomie partielle, la tumeur thyroïdienne du côté opposé, qui avait été laissée en place, diminuait de volume et tendait à s'atrophier.

A plusieurs reprises, M. Poncet(1) avait été frappé, chez quelques-uns de ses opérés, de la disparition

(1) Thèse de Gérard, 1893.

rapide des masses thyroïdiennes laissées en place après une thyroïdectomie partielle.

Chez un de ces thyroïdectomisés, en 1890, après l'ablation seule du lobe droit énormément hypertrophié, il vit le lobe gauche laissé en place, et qui était en apparence d'un poids sensiblement égal, se fondre petit à petit, sans qu'aucun traitement ait été institué. Cette atrophie a été notée par MM. Poncet et Jaboulay dans plusieurs autres observations.

Aussi, pour libérer la trachée, soit pour la soutenir et se mettre ainsi à l'abri d'accidents post-thyroïdectomiens, soit encore pour hâter l'atrophie des parties restantes, M. Poncet avait-il, chez trois sujets thyroïdectomisés partiellement pour un goître charnu, détaché méthodiquement avec les doigts, des tissus voisins, le lobe restant. Il l'avait soulevé au-dessus de la ceinture osseuse, l'exposant ainsi dans la plaie et de parti pris, le couvrant de gaze iodoformée, sans chercher une réunion par première intention. Chez ces opérés, l'atrophie survient promptement, et aujourd'hui, plusieurs années après l'opération, le lobe hypertrophié peut être considéré comme revenu à son volume normal (1).

Dans la seconde exothyropexie qui fut pratiquée par M. Poncet, toute la glande fut mobilisée, mais

(1) Voir dans la thèse de Gérard l'observation IV : Atrophie des lobes latéraux légèrement hypertrophiés après l'amélioration d'un goître médian du volume d'un œuf de poule; et l'observation V : Hypertrophie de la glande thyroïde avec compression de la trachée occasionnant de graves accès de dyspnée; section de l'isthme, atrophie des lobes latéraux.

un lobe seul fut fixé entre les lèvres de la plaie ; or, l'atrophie porta non seulement sur le lobe exposé, mais encore sur ceux qui avaient été laissés en place.

C'est en raison de pareilles observations cliniques que M. Jaboulay se résolut à pratiquer de parti pris la simple mise à l'air du goître pour essayer d'en déterminer l'atrophie.

Les résultats qu'il a déjà obtenus à deux reprises, grâce à cette méthode absolument cherchée et voulue, sont tels, qu'ils ouvrent un horizon plus large et plein d'aperçus nouveaux dans la thérapeutique du goître. Il n'y a d'ailleurs qu'à lire les deux observations suivantes pour comprendre la portée des résultats opératoires obtenus par cette pratique.

OBSERVATION I.

Q... (François), 17 ans, de Revantin-sur-Vienne, entre à l'Hôtel-Dieu en août 1893.

Pas d'antécédents morbides connus. Il était porteur d'un gros goître charnu diffus avec hypertrophie des trois lobes.

L'affection avait débuté trois ans auparavant et le cou avait grossi progressivement sans poussées inflammatoires intercurrentes, avec accroissement parallèle des troubles fonctionnels.

Depuis plusieurs mois, le malade se plaignait d'une gêne respiratoire considérable et croissante. Il était essoufflé dès qu'il se livrait à un travail quelconque, ne pouvait monter les escaliers, ni se livrer à aucun effort. Il lui était devenu impossible de boutonner sa chemise.

L'examen à l'entrée n'a pas été méthodiquement fait et aucune mensuration n'a été inscrite. Cependant, à ce mo-

ment, l'hypertrophie énorme du corps thyroïde donne au cou du malade l'aspect d'un cou de batracien.

Pas de prolongement rétro-sternal.

Pas d'adhérences de la peau avec les parties sous-jacentes.

Pas de renseignements au sujet des situations respectives des jugulaires et du paquet vasculo-nerveux du cou.

L'état général du malade n'est pas satisfaisant.

Le 19 août 1893, M. Jaboulay pratiqua une incision cruciale intéressant toutes les parties molles jusqu'à la loge thyroïdienne — sans décortication de la capsule et sans essai de luxation du goître : c'est la mise à l'air — de parti pris.

Après l'opération, l'état du malade s'améliore rapidement et les suites sont des plus simples.

Le 17 mars 1894, la circonférence du cou est encore de 43 cent. et quart, mais le goître à ce moment paraît avoir diminué des deux tiers.

Le 18 octobre 1894, l'état général du malade est excellent : il peut se livrer aux occupations qui lui étaient interdites auparavant, il peut monter les escaliers et boutonner sa chemise.

A cette date, quelques portions du corps thyroïde sont encore hypertrophiées, mais elles ne gênent pas du tout le sujet.

La circonférence du cou n'a pas été prise.

Au 2 mars, l'état général du malade est absolument bon.

Après cette première observation, qui nous montre le manuel opératoire réduit à sa plus grande simplicité, les risques nuls, mais aussi la guérison assez longue à se compléter, on peut constater dans l'observation suivante quelques différences, notamment au point de vue du manuel opératoire et de la rapidité de la guérison.

OBSERVATION II.

May... (P), âgé de 18 ans, entré le 8 décembre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe.

Sans antécédents, morbides intéressants ce jeune homme présentait un énorme goître bilobé dont il demandait à être débarrassé par une opération.

L'affection avait débuté quatre ans auparavant par une augmentation progressive du volume du cou, qui s'était poursuivie depuis insensiblement, sans à-coup ni poussées inflammatoires et sans déterminer de troubles fonctionnels graves. Pourtant, depuis quelques mois, le malade se plaignait d'une dyspnée d'effort, qui allait en s'accroissant de plus en plus ; c'est même pour cette raison qu'il réclamait une intervention.

Lors de l'examen à l'entrée, on constate : que la forme générale du cou est celle d'un tronc de cône à base inférieure très élargie. Il y a hypertrophie des lobes latéraux du corps thyroïde, qui sont représentés par deux masses pyriformes de 9 à 10 centimètres de hauteur, de consistance homogène et rénitente, sans apparence de noyaux indurés ni de points kystiques, sans augmentation notable du lobe médian.

Il ne semble pas qu'il y ait de prolongement rétro-sternal. La peau est libre d'adhérences au-dessus de la tumeur, qu'on déplace de même facilement sur les plans profonds, mais qui suit par contre tous les mouvements du larynx. Soulèvement rythmique isochrone aux battements du cou, sans expansion véritable.

Les jugulaires externes sont déjetées en dehors, peu dilatées ; la jugulaire antérieure se dessine nettement, de même que les anastomoses volumineuses qui la relient à la jugulaire externe. Le paquet vasculo-nerveux du cou est enfoui derrière les deux masses hypertrophiées et leur communique ses battements.

Les yeux sont un peu brillants, sans exophtalmie ; il n'y a ni palpitation, ni tachycardie, ni tremblements ; voix goîtreuse. Pas de myxœdème. Aucune modification de carac-

tère, facultés de conception intactes; un peu de bouffissure de la face avec anémie assez marquée. Rien dans les urines. L'état général est d'ailleurs bon.

La mensuration de la circonférence cervicale, effectuée au niveau de la proéminence et du point le plus saillant de la tumeur en avant (3 centimètres au-dessus de la fourchette sternale) donne 42 centimètres.

Le 7 décembre, le malade endormi à l'éther, M. Jaborlay pratique dans la région sous-hyoïdienne une incision longitudinale médiane de 6 à 8 centimètres, intéressant toutes les parties molles jusqu'à la loge thyroïdienne: il arrive ainsi sur un goître charnu sillonné de grosses veines dont le réseau recouvre la face antérieure. Pas de lobes plongeant; seulement deux masses latérales. Après incision et décortication de la capsule, la luxation au dehors de la tumeur est tentée; mais, soit du fait du ramollissement extrême de la trachée, soit du fait de la présence d'un anneau thyroïdien rétro-trachéal, dès que le lobe droit a franchi les lèvres de l'incision, un accès de suffocation se produit immédiatement; la luxation de l'autre lobe ne faisant qu'aggraver ces accidents, on se contente d'isoler au doigt la tumeur des tissus voisins, on la fait rentrer à sa place primitive, et la plaie est laissée béante sous le pansement. Toute dyspnée cesse.

Les suites ont été des plus simples, comme l'avait été l'intervention elle-même; aucune hémorrhagie pendant ou après; au bout de 48 heures, quelques pinces laissées à demeure sont enlevées, et le pansement, imbibé d'une quantité assez notable de sérosité exsudée, est changé. Aucune réaction fébrile; la respiration s'effectue très facilement.

Les jours suivants, le malade accuse quelques sensations de tiraillement au niveau de la plaie, mais il n'éprouve plus aucune gêne fonctionnelle.

Le 18 décembre, par conséquent onze jours après l'opération, le tour du cou, mesuré d'après les mêmes points de repère que lors du premier examen, n'est plus que de 38 centimètres: il y a donc déjà une diminution de 4 centimètres.

Le 10 janvier, la mensuration donne 36 centimètres, enfin le 22, on ne trouve plus que 33 centimètres.

Le malade, présenté ce jour-là à la Société des sciences

médicales, se déclare enchanté du résultat obtenu : la plaie de l'incision est presque complètement cicatrisée, les contours disgracieux du cou se sont tellement modifiés, qu'on ne remarque ce qui reste de la difformité que lorsque le col de la chemise est largement ouvert. Et surtout ce qu'il apprécie, c'est le retour du timbre normal de la voix et la possibilité pour lui de marcher rapidement et même de courir, ce qu'il n'était plus en état de faire depuis un an, sans être arrêté de suite par des palpitations et une suffocation intolérables.

La lecture de ces observations montre surtout que le manuel opératoire diffère en ce que dans le premier cas la décortication de la capsule n'a pas été tentée, tandis qu'elle a été faite dans le second. Il n'en ressort pas moins que la mise à l'air est une ressource thérapeutique précieuse dans un certain nombre de cas.

Quand donc peut-on se contenter de la simple incision pré ou périthyroïdienne, qui, chose curieuse, aboutit elle-même à l'atrophie thyroïdienne ?

La prétention de ce procédé n'est pas de détrôner la thyroïdectomie partielle, la strumectomie ou l'exothyropexie.

Cette dernière opération, étant beaucoup plus simple et plus inoffensive que la thyroïdectomie, s'adresse à toute une catégorie de malades que l'on redoutait jusqu'ici de toucher : aux goitreux âgés, à des cachectiques et myxœdémateux, dont l'amélioration générale a été évidente et aux jeunes hypertrophies thyroïdiennes que le bistouri n'ose pas entamer.

De même, la mise à l'air sera une ressource excellente dans les cas nombreux où des interventions radicales sont rendues impossibles ou très hasar-

deuses de par la nature, le volume ou les rapports des goîtres.

Elle va surtout chez les *jeunes sujets*, porteurs de ces gros goîtres charnus toujours englobés dans un réseau d'énormes veines, sans menace toutefois de suffocation par prolongement rétro-sternal plongeant. Ce type de goître peut réaliser diverses dispositions particulièrement fréquentes :

Ou s'étaler en surface au devant du conduit laryngo-trachéal et du paquet vasculo-nerveux du cou, et déterminer parfois aussi de la dyspnée d'effort et des phénomènes d'irritation du vague et du sympathique cervical;

Ou envoyer un prolongement uni ou bilatéral (en anneau plus ou moins complet) derrière la trachée, prolongement qui souvent ne se manifestera par aucun accident grave dans les conditions de la vie habituelle, mais qui produira une suffocation immédiate à la moindre tentative de luxation ou de morcellement de la tumeur.

Elle pourra donc remplacer l'exothyropexie dans les cas où il n'y a pas de phénomènes de compression très intenses, lorsqu'on ne se trouve pas en présence d'un goître rétro-sternal, lorsqu'en un mot on n'a pas besoin et rapidement d'une décompression de la trachée et des organes voisins.

Il résulte des faits précédents que si l'exothyropexie peut être en certains cas considérée comme une opération d'urgence, la mise à l'air sera le privilège des goîtres disgracieux et gênants, des goîtres qui livrent l'existence du sujet à la merci d'une poussée inflammatoire ou d'un accident quelconque.

En un mot, la mise à l'air du goître prévient et guérit.

Ce n'est pas d'ailleurs une opération renouvelée de Bonnet, qui cherchait à parer d'abord aux accidents de compression, puis à atrophier le goître au moyen de la cautérisation.

Ce n'est pas davantage une méthode comparable à la circumotomie thyroïdienne qu'a imaginée M. Poncet pour remédier aux accidents de compression nerveuse et trachéale dans les cas de cancers thyroïdiens.

Les données qui précèdent montrent en outre combien on a dû pratiquer de thyroïdectomies partielles et d'énucléations qui étaient loin d'être nécessaires et qui auraient dû être remplacées par des opérations incomparablement plus simples.

Thèse de Tailhefer :

M. le Professeur Jeannel propose la modification suivante à l'exothyropexie :

1^{er} temps : Exothyropexie : Le goître hernié, extériorisé suivant le procédé indiqué par M. Jaboulay, serait laissé exposé à l'air pendant quelques heures;

2^e temps : On replacerait le goître dans sa loge et on suturerait les téguments.

M. le Professeur Jeannel agit ainsi pour éviter d'une part les dangers de l'infection, et d'autre part pour une raison d'esthétique, parce qu'il craint que la cicatrice obtenue par une réunion secondaire déforme le cou de l'opérée.

CHAPITRE III

Physiologie pathologique.

Sous quelles influences, par l'intermédiaire de quel mécanisme l'atrophie des goîtres se produit-elle dans les interventions extra-thyroïdiennes ?

Nous ne sommes pas encore suffisamment renseignés sur ce sujet, et, lorsque MM. Poncet et Jaboulay firent connaître les résultats de leurs premières exothyropexies, ils ne formulèrent pas de théorie logique et complète, bien qu'il fût d'ores et déjà certain que la perversion des échanges nutritifs et circulatoires entraînait pour une grande part dans le mécanisme de l'atrophie des goîtres.

Cependant Alibert (de Bordeaux), dans une thèse inspirée par MM. Dubourg et Lanelongue, n'hésita pas à s'appuyer sur des déductions personnelles et purement théoriques pour repousser l'exothyropexie dans la plupart des cas où elle pouvait être appliquée.

Il disait : « Nous ferons d'abord remarquer une

chose, c'est que l'exothyropexie n'est pas une opération absolument neuve. Si nous comparons le procédé de Mayor (de Lausanne) à celui de MM. Jaboulay et Poncet, nous voyons que la différence n'est pas grande. » Et ailleurs : « Mayor, après avoir luxé le goître, appliquait sur le pédicule une ligature qu'il resserrait chaque jour davantage, il amenait ainsi mieux que de l'atrophie, il déterminait la mortification du corps thyroïde et son élimination spontanée. Le corps thyroïde luxé par MM. Jaboulay et Poncet devient immédiatement turgide et noir. A sa surface se fait une exsudation de sérosité, les veines se thrombosent, puis s'atrophient. M. Poncet se demande à quoi est due l'atrophie de l'organe : n'est-il pas évident que c'est à la constriction du pédicule par les bords de la plaie cutanée, à la gêne de la circulation en retour ; en un mot à une stase sanguine, toutes choses que réalisent la ligature de Mayor à un degré plus avancé, et peut-être aussi plus radical? »

Les deux assertions de cet auteur, pour être catégoriques n'en sont pas moins erronées.

Tout d'abord, les procédés de MM. Mayor et Jaboulay, inspirés par des idées fort éloignées l'une de l'autre, diffèrent assez en pratique pour ne pouvoir être comparés : l'un tendant à déterminer la mortification totale de la glande, et l'autre à produire rationnellement la seule atrophie des portions goitreuses.

De plus, l'auteur cité plus haut attribue à une cause simple, unique, à une gêne de la circulation en retour les effets complexes de l'exothyropexie.

Or, s'il existait encore quelques doutes aujourd'hui

à ce sujet, ces doutes disparaîtraient bientôt devant les résultats donnés par la simple mise à l'air des goîtres.

D'ailleurs, avant même que ces résultats aient été connus, les phénomènes anatomiques et physiologiques consécutifs à l'exothyropexie et qui se produisent encore, à quelques différences près, à la suite de la mise à l'air, infirmaient de la façon la plus éclatante les conclusions du médecin de Bordeaux.

Le corps thyroïde est une glande vasculaire sanguine, dont la fonction serait, soit de simplifier et de résoudre, pour en préparer l'élimination, certains produits toxiques de dénutrition, soit de neutraliser par la sécrétion d'un antidote l'action toxique de ces produits. (Laulanié. Soc. biolog., 9 mai 1893.)

Et ce qui le prouve, c'est que la mort par thyroïdectomie ressemble à une intoxication. Rogowitz a découvert une augmentation de toxicité du sang des animaux thyroïdectomisés; de plus, à l'autopsie les lésions qu'on découvre au foie et dans le rein ont tous les caractères de l'hépatite et de la néphrite toxiques (1); les urines sont plus convulsivantes, la toxicité du sérum est accrue.

Il se produit donc une sécrétion glandulaire interne; or, les interventions extra-thyroïdiennes n'entraînent pas de symptômes d'intoxication; il s'ensuit que la sécrétion glandulaire normale n'est pas entravée, à la suite de ces opérations, de façon à laisser les produits

(1) PIC. « Revue gén. Sécrétions glandulaires internes », *Prov. méd.*, 1892.

toxiques se développer librement dans l'intérieur de l'organisme.

D'autre part, immédiatement après la mise à l'air du goître, on voit suinter sur toute sa surface, sauf au niveau des gros vaisseaux, dont la gaine se sèche au contraire de plus en plus, comme une sueur insensible que le papier buvard peut absorber et recueillir. Cette perspiration est tellement immédiate après les manœuvres opératoires, qu'il est impossible de ne pas croire qu'elle soit normale et qu'elle ne se produise à la surface du corps thyroïde normalement enfoui dans le cou. Il est arrivé de voir perler cette sécrétion comme une rosée qui inondait les malades; le personnel hospitalier lui-même a remarqué ce fait, ayant à changer la literie de ces opérés plusieurs fois par jour pendant la première semaine qui suit l'opération de Jaboulay.

Cette sérosité n'est pas d'origine irritative pure, elle doit venir des vésicules thyroïdiennes anormalement distendues qui se videraient ainsi.

Mais le suintement normal et continu paraît à d'autres points de vue intéressant. Il a pour s'épancher toute l'atmosphère celluleuse périthyroïdienne, qui reprend la sécrétion et la livre aux vaisseaux absorbants, de telle sorte qu'elle joue le rôle pour le corps thyroïdien d'un véritable canal excréteur.

Or, lorsqu'on agit sur le canal excréteur d'une glande, ou lorsque ce canal devient malade, la glande elle-même ne tarde pas à subir certaines modifications secondaires dont les principales aboutissent à une diminution de volume. C'est peut-être là une

part de l'explication des atrophies thyroïdiennes après les mises à l'air, après les exothyropexies, après les énucléations, ou encore après les trachéotomies.

Ces modifications qui se produisent au point de vue glandulaire sont certes très importantes. Et, fait absolument constaté, ces modifications se produisent avec autant d'énergie dans la mise à l'air des goîtres que dans l'exothyropexie.

En même temps se produisent des troubles vasculaires nutritifs qui sont loin d'avoir dans la mise à l'air une importance aussi grande qu'après l'exothyropexie.

En effet, après la luxation en dehors du goître, à travers une incision des parties molles du cou, qui est longitudinale et médiane dans la plupart des cas, qui peut être cruciale, si la tumeur est très grosse, il se produit des changements considérables dans le régime de la circulation sanguine et de la circulation lymphatique.

D'abord, du côté du sang, immédiatement toutes les veines se gonflent et la glande, gorgée de sang veineux aussi bien à la périphérie dans ses grosses veines thyroïdiennes que dans son épaisseur, devient bleu noirâtre. Dès le lendemain, la stase et la thrombose commencent dans les grosses veines superficielles, qui vont ensuite en se réduisant de plus en plus de volume, jusqu'à disparaître et à être englobées dans les bourgeons charnus, ce qui arrive au bout d'une semaine environ. Après cette diminution de l'écoulement du sang veineux, qui entraîne en amont forcément une diminution parallèle de l'ap-

port artériel, commence la rétrocession goitreuse, qui est réalisée pour des goîtres de moyen volume et chez des sujets jeunes vers la cinquième semaine. Cette thrombose des veines thyroïdiennes est due à leur exposition à l'air par l'opération, aux tiraillements qu'elle leur fait subir et à leur compression par la boutonnière musculo-cutanée.

Il n'en va pas tout à fait de même dans la simple mise à l'air.

En effet, s'il y a exposition des veines à l'air, quand il y a décortication de la capsule, nous ne voyons pas intervenir ici les tiraillements et la compression qui agissent en premier lieu après l'exothyropexie.

Dans la mise à l'air, les phénomènes mécaniques sont donc réduits à leur minimum, ils peuvent même être à peu près nuls, comme lorsque l'opérateur se contente d'une simple incision des parties molles sans décortication de la capsule. Il faut donc s'adresser à des raisons d'un autre ordre pour trouver la cause de l'atrophie dans ces circonstances, si l'on veut bien réfléchir que les perversions produites dans la sécrétion glandulaire interne ne suffisent pas à expliquer la diminution de volume du goître.

Dans ce cas, faut-il attribuer une part de l'atrophie à une simple action de l'air sur la tumeur mise à nu ou à une modification trophique d'ordre vasomoteur?

Dans la mise à l'air, on atteint gravement la sensibilité des filets sympathiques thyroïdiens, on paralyse ainsi un centre vaso-moteur dont l'action est

alors brusquement suspendue sous l'influence d'une impression périphérique : c'est une véritable lésion trophique réflexe.

Déjà en 1887 Brown-Séquard, dans une note à l'Académie des sciences, signalait divers effets d'irritation de la partie antérieure du cou et en particulier la perte de la sensibilité.

La peau de la région cervicale antérieure dans toute son étendue, mais surtout à la ligne médiane et dans son voisinage, ne peut-être coupée sans qu'il y ait au moins diminution de la sensibilité aux causes de douleur et spécialement aux chocs galvaniques dans toute la moitié antérieure du cou. Il arrive souvent que l'analgésie soit complète ou qu'elle le devienne après quelques heures ou un jour dans cette zone de peau. Le plus souvent, cependant, on ne trouve d'analgésie complète que dans la portion qui recouvre le larynx et la trachée. Ce mode d'irritation de la peau du cou est assurément celui qui a le plus de puissance sur les centres nerveux. Le larynx surtout, mais encore la trachée et probablement la peau qui les recouvre, sont capables, sous l'influence d'une irritation mécanique de produire l'inhibition du cœur, celle de la respiration et aussi celles de toutes les activités cérébrales.

Parmi les effets produits, il y a notamment arrêt des échanges entre les tissus et le sang.

Or, par l'anatomie, von Gehuchten (*La cellule*, VIII, 1, 1892) est arrivé à prouver ce que Brown-Séquard soutenait depuis quarante-cinq ans à l'aide de faits expérimentaux et cliniques, à savoir qu'il n'y a pas

de différence radicale, comme l'avait cru Bichat et nombre d'anatomistes et de physiologistes entre les deux systèmes nerveux de la vie organique et de la vie animale.

D'autre part, il est démontré aujourd'hui que certaines lésions ou certaines impressions nerveuses périphériques peuvent donner lieu à des troubles trophiques variés, d'origine réflexe, et cela, parce que les systèmes nerveux organique et cérébro-spinal sont dans une dépendance réciproque absolument intime.

Il ne serait donc pas étonnant que lorsque se produisent, pour une cause quelconque, des troubles de la sensibilité, on vît apparaître des troubles trophiques consécutifs, tels par exemple que la diminution de volume d'un organe situé dans une région atteinte de troubles sensitifs.

Cependant, comme la démonstration de cette hypothèse est encore impossible dans l'état actuel de la science, nous nous en tiendrons aux déclarations par lesquelles M. Jaboulay terminait récemment un article sur ce sujet dans la *Province médicale* : « Peut-être faut-il tenir compte de l'action sur le corps thyroïde de réflexes, et ils sont nombreux, engendrés par l'incision de la peau du cou, et alors la simple incision cutanée guérirait le goître. »

CHAPITRE IV

Manuel opératoire et avantages de la mise à l'air.

Il nous reste à dire quelques mots sur le manuel opératoire — si simple et si court — de la mise à l'air — et à montrer quels sont les avantages de cette méthode thérapeutique.

Ce manuel opératoire n'est pas le même dans tous les cas. Mais d'une façon générale, on peut le diviser en trois temps :

Premier temps :

Une incision médiane est faite sur le cou, allant du cartilage cricoïde à la fourchette sternale. Mais auparavant on provoquera le gonflement de la veine jugulaire antérieure par la compression des parties molles au-dessous de la fourchette du sternum, afin d'éviter et de récliner ce vaisseau. S'il était nécessaire de le sectionner, en raison de sa direction encombrant

le champ opératoire, on l'isolerait au préalable et on le couperait entre deux pinces hémostatiques.

Dans certains cas, lorsqu'on se trouve en présence d'un goître énorme, il peut être nécessaire de faire une incision cruciale, qui serait seule capable de mettre la tumeur à jour et qui pourrait en outre atténuer les phénomènes de compression toujours accentués en de telles circonstances.

Deuxième temps :

La ligne blanche cervicale est incisée dans toute sa longueur, et l'on arrive dans les couches cellulaires préthyroïdiennes après avoir franchi les plans aponevro-musculaires superficiels. A ce moment, on n'a rencontré qu'une seule veine. Aucun gros vaisseau ne doit désormais être blessé. D'ailleurs, on peut ne pas aller plus loin, et notre première observation montre que la tumeur peut très bien rétrocéder après une aussi minime intervention. Cependant, il paraît utile parfois de décortiquer la capsule. Avec les doigts recourbés en crochet, on libère le goître des parties avoisinantes en le côtoyant le plus près possible ; les muscles et les aponevroses de la région sont réclinés quelque peu à droite et à gauche, au-devant de la couche lamelleuse lâche préthyroïdienne.

Les doigts, et les doigts seuls, sans instruments, qui seraient ici dangereux, vont achever la dénudation du goître. Ils sont glissés peu à peu sur les limites des lobes latéraux. Il faut éviter de se rapprocher soit de la corne supérieure, soit de la corne inférieure, parce que dans les manœuvres d'isolement et de dé-

nudation, on risquerait de déchirer des vaisseaux, principalement les veines, qui sont ici abondantes.

Troisième temps :

Il ne reste plus qu'à faire un pansement à plat au moyen de couches de gaze stérilisée, placées de telle façon que la plaie reste béante pour faciliter l'écoulement ultérieur de sérosité, et recouvertes de tours de bande cervico-thoraciques. Ce pansement est renouvelé suivant les besoins ; il est d'ailleurs beaucoup moins long et moins pénible pour le malade que le pansement consécutif à l'exothyropexie.

Mais cet avantage est loin d'être le seul que la mise à l'air ait pour elle.

L'opération, comme nous l'avons vu, est par elle-même d'une *assez grande simplicité*.

Elle est *rapide*.

Elle peut être effectuée *sans anesthésie générale*, avec la simple insensibilisation des plans superficiels au chlorure de méthyle ou à la cocaïne : cet avantage, hors de conteste, n'est pas à dédaigner, car les accidents d'anesthésie, en raison peut-être des rapports de la sensibilité de la région cervicale antérieure avec le cœur et le cerveau, ne sont pas une des moindres complications des interventions sur les goîtres.

L'opération est *d'une bénignité absolue* : l'absence complète d'hémorrhagie, et par conséquent de risque de la pénétration de l'air dans les veines, lui donne une supériorité sur l'exothyropexie elle-même.

Quant aux *dangers de l'infection*, ils sont réduits

à leur minimum, et deviennent à peu près illusôires par le fait du peu d'étendue de la plaie exposée à l'air.

La *conservation des rapports du corps thyroïde avec la trachée* est une sérieuse garantie contre la suffocation. En effet, si l'on veut bien se rappeler notre dernière observation, on verra que cet accident est surtout à redouter dans l'exothyropexie ; mais on sait qu'il l'est également dans la strumectomie et la thyroïdectomie partielle, alors qu'on se trouve en présence d'une trachée déformée, ramollie, dégénérée, à laquelle le corps thyroïde servait en quelque sorte de tuteur. Or, les opérations précédentes, en supprimant brusquement ce tuteur, ont été assez souvent la cause d'accidents redoutables et qui ont pu entraîner subitement la mort.

Enfin, bien que l'exothyropexie elle-même ne laisse pas après elle de cicatrice notable — une fois la tumeur atrophiée — la mise à l'air laissera certainement derrière elle *une cicatrice moins large et moins visible encore* : c'est là un fait dont nous chercherons à justifier l'importance.

Il résulte donc de tout ce qui précède que l'exothyropexie est une opération d'urgence, le plus souvent destinée à parer à des accidents redoutables de suffocation, la mise à l'air aura l'avantage d'être à la fois une opération de *prévoyance* et une opération d'*esthétique*.

L'agrément des formes extérieures d'abord n'est pas à dédaigner pour la région cervicale antérieure, chez la femme surtout, et chez la femme souvent

jeune. Naguère, on condamnait ces opérations de complaisance que la coquetterie seule justifiait. Aujourd'hui, la bénignité de ces opérations antiseptiques permettra souvent de les entreprendre. D'autant plus que ce goître, d'abord simplement laid, peut devenir dangereux. Il peut être habituellement supporté sans grande gêne, mais vienne une maladie infectieuse, et il suppurera parfois ; une grossesse ou une congestion brusque pourra causer la mort par asphyxie ou imposer une trachéotomie d'urgence. Ou bien on laissera la sclérose se faire autour de la trachée gravement comprimée, autour de l'œsophage, ou bien, enfin, l'adénome subira une évolution maligne, et Wœlfler a bien montré que le cancer du corps thyroïde s'observe surtout dans les pays à goîtres et se greffe le plus souvent sur un goître préexistant.

Or, les considérations que nous avons données dans le cours de ce travail prouvent l'innocuité absolue aussi bien que l'heureuse influence de la mise à l'air ; elles autorisent donc à prendre le bistouri beaucoup plus souvent qu'autrefois, et à délivrer par ce moyen le goîtreux d'une tumeur qui est une menace pour son existence en même temps qu'un objet de répulsion pour ses semblables.

CONCLUSIONS

I. — Lorsqu'un goître a résisté à la médication interne, il est indiqué de chercher à déterminer son atrophie par une méthode rationnelle, c'est-à-dire par une méthode capable d'amener la disparition des portions malades en conservant les portions saines et vitales du corps thyroïde.

II. — L'opération de Jaboulay réalise ces conditions.

III. — La mise à l'air, méthode rationnelle, simple et bénigne, est indiquée dans tous les cas de gros goîtres charnus développés depuis un temps relativement court sur de jeunes sujets, et lorsqu'il n'existe pas encore d'accidents graves de compression ou autres : c'est une opération de prévoyance et ce peut être une opération d'esthétique.

IV. — L'exothyropexie est réservée aux cas d'urgence, aux goîtres plongeants, aux complications sé-

rieuses et pressantes des goîtres charnus. Elle peut être, comme aussi quelquefois la mise à l'air, le premier temps de l'énucléation intra-glandulaire dans les goîtres kystiques.

V. — La thyroïdectomie partielle sera utilisée dans les cas où les interventions précédentes ont laissé des portions goitreuses gênantes pour le sujet.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

BIBLIOGRAPHIE

- SYDNEY (Jones). The Lancett, London, 1883, t. II.
Id. Id. id., 1884, t. II.
S. KESER. Th. de Bâle, 1887. Énucléation intra-glandulaire.
BROWN - SÉQUART. Communications à l'Académie des sciences, 1887-1891.
LEMKE. Deutsche med. Woch., 1891, p. 47.
F. DE PRELLES. Th., 1891. La strumectomie.
LAULANIÉ. In Soc. biolog., 1891.
PIC. Revue générale. Sécrétions glandulaires internes. In Province médicale, 1892.
Von GEHUCHTEN. La cellule, VIII, 1892.
RIVIÈRE. Th., 1893. Contribution à l'étude du corps thyroïde et des goîtres.
AUGIER. Th., 1893. De la thyroïdectomie partielle comme traitement du goître parenchymateux.
GÉRARD. Th., 1893. De la guérison du goître charnu par la luxation et l'exposition, exothyropexie ou thyroïdectesie.
PONCET et JABOULAY. Académie de méd., 1894,
JABOULAY. Médecine moderne, 1894.
PONCET et JABOULAY. Bulletin médical, 1894.
JENNY. Th., 1894. De l'atrophie des goîtres laissés en place après diverses opérations pratiquées sur le corps thyroïde.

JABOULAY. Semaine médicale, 1894.

PONCET. Société de chirurgie, 1894.

ALIBERT. Th., Bordeaux, 1894. Du meilleur traitement chirurgical à appliquer aux goîtres parenchymateux, colloïdes et kystiques.

JABOULAY. Lyon médical, 1894.

BÉRARD. Province médicale, 26 janvier 1895.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE PREMIER. — Parallèle de l'exothyropexie et de la mise à l'air avec les interventions intra-thyroïdiennes.....	11
CHAPITRE II. — Indications de la mise à l'air et ses rapports avec l'exothyropexie.....	21
CHAPITRE III. — Physiologie pathologique.....	30
CHAPITRE IV. — Manuel opératoire et avantages de la mise à l'air.....	38
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE.	45
